

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या: N/0123/2263

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि: 26/1/23

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम Venkatamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष  
60

SEX लिंग  
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कन्या का नाम w/o Krishnappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chinthamani Virupakshapuram

Chikkaballapuram Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:  
व्यवसाय Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No  
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | Sarthish                                          | 32                         | M              | Son                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्त्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosis<br>RE Cataract<br>LE Cataract                                                      |
| 2                      | Emergency<br>RE Cataract + PCTAL                                                             |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | DRUGS                                     | 2000/-                                                  |



Pre op post op  
2263 venkatamma

**DECLARATION by APPLICANT:** ☐ I am a citizen of India.

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested:
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यथा "वर्गीकृत आवश्यकताएं", मेरी वांछनी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं प्रतिबद्ध करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रकरण भरा गया है, उस सहायता का अवशेष या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लिया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (ATTORNEY SIGN WITH)

- 1) By affixing my signature of thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- [illegible]

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आपके पास भी एक ही तरह का काम है या नहीं



AGREEMENT by HOSPITAL (병원장 인 도 인)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिभूत, इन्द्रादयो जी और वे समस्तदेवीयों को "बोलाका चायन्त्रमल" से विविध सहायता हेतु सिखायित की जाती है, जिसे हम (इन्द्रादयो) निम्न प्रकार से सम्यक् व जीवित करते हैं।

- 1) यह कि न तो कोयल और न ही पक्षि में विविध गहारा किसी री. साकारी संयोजन या किसी अन्य कोश से उक्त रंगी-मणालों में लगे या लगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका पायन्डेशन" से विशिष्टीकृत/विश्लेषित जल से सम्बन्धन में "कोशिका पायन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। परि "कोशिका पायन्डेशन" द्वारा ज्ञात/मिथित अतिरिक्त/कमाल हेतु मनुष्य की किय जात है तो अस्पष्टता किसी अन्य री. साकारी संयोजन या किसी अन्य संयोजन में गहारा होने का अधिकतर दृष्टिकोण स्पष्ट है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पष्टता द्वितीय स्तर जल रंगी-मणालों हेतु किसी री. साकारी संयोजन या किसी अन्य संयोजन से नहीं हो सकती।
2. "कोशिका पायन्डेशन" से ही कि गहारा संयोजन विविध प्रकृति की है। रंगी या अस्पष्टता द्वारा ही कि स्पष्ट या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रचल रंगी एवं अस्पष्टता में बीच का विषय है और "कोशिका पायन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये अस्पष्टता में रंगी के ज्ञान प्रकाश और जाने जाने की सभी विन्नेदारी रंगी एवं अस्पष्टता की होती और "कोशिका" की कोई प्रकृति या विन्नेदारी इस प्रकृति में नहीं होती।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिश को लिए संसद

Date of Surgery  
 સંજ્ઞા આપો

26/1/23

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
MBBS, MS, FRCS, FICO  
Consultant - Phaco & Refractive

Mr. Lakshmiipathi N  
Manner Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)  
(A unit of Sanku and Eye Care Trust)  
10/M, Thimraan Road, Niter Tung, Bad Area

FOR INTERNAL USE ONLY MOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपप्लव गाँव

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 \_\_\_\_\_  
 NAME TRUSTEE 2

Defunct

2018